

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- N° 003985

144185

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4105 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khaliss Naoueddine

Date de naissance :

Adresse : Derb Douam Rue 23 N°18 Casa-blanca

Tél. 06 60 88 73 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NAJI Tarik
Spécialiste en Médecine Interne
Maladies de Système - Maladies Infectieuses
Pathologie vasculaire - Rhumatologie

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : BENMURRE Wami Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite rhumatoïde

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

05/01/23

CS

150,00

Dr. NAJIB Tarik
Spécialiste en Médecine Interne
Maladies de Système - Maladies Infectieuses
Pathologie Vasculaire - Rhumatologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

258,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

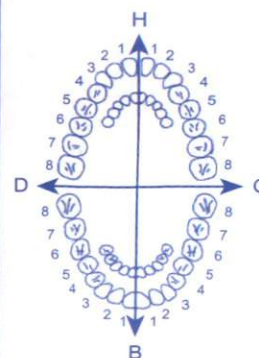
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

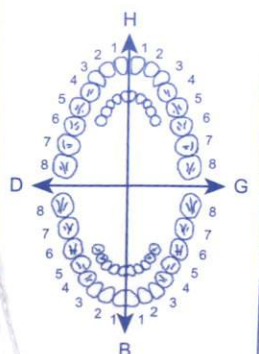
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 05/01/23

BENHARANE
Wahid

1/ DIVID GUS (x4)

51.40 x 4 1 - 0 - 1

SPASME AB

1 - 0 - 1

T2.90

Dr. NAJI Tarik
Spécialiste en Médecine Interne
Maladies de Système - Maladies Infectieuses
Pathologie vasculaire - Rhumatologie

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél : 0522 21 20 00 - Rendez vous : 0522 50 45 12 - Fax : 0522 40 40 00

SPASMAG
30 ampoules buvables
AMM N° 71 2AT/PH

099600 020000 6



0575

DIVIDO 75 MG
20 Gélules à libération biphase

09/2023
09/2020
01J532

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

P.P.V. 51.40 MAD

DIVIDO 75 MG
20 Gélules à libération biphase

09/2023
09/2020
01J532

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1
N° Lot: 1TJ550
Fab: 02/2021
Per: 02/2024

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

DIVIDO 75 MG
20 Gélules à libération biphase

09/2023
09/2020
01J532

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1
N° Lot: 1TJ553
Fab: 03/2021
Per: 03/2024

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1
N° Lot: 0TJ532
Fab: 09/2020
Per: 09/2023

P.P.V. 51.40 MAD

DIVIDO 75 MG
20 Gélules à libération biphase

09/2023
09/2020
01J532

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 940462 N° SEJOUR : 230000640

FACTURE N° 2302000208

DATE D'ENTREE : 05/01/2023 DATE DE SORTIE : 05/01/2023

ASSURE :

MALADE : BENDAHMANE, Ouassila

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BENDAHMANE, Ouassila

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46117 DR NAJI (INTERNISTE) TARIK	TOTAUX :	150.00							150.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

150.00

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 05/01/2023

EDITEE LE : 05/01/2023

PAR: SARA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

BANQUE :

BMCE - INARA

N° compte bancaire :

011.780.0000 54 210 00 60 016 91



6